

Casos Clínicos

HIDATIDOSIS UTERINA: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

Margot Acuña SM. ¹, Catalina Briceño V. ^a, María Domínguez P. ^a, Liliana Montoya R. ².

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, ² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

^a Internas de Medicina, Universidad San Sebastián.

RESUMEN

La hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial producida por helmintos del género *Echinococcus*. En Chile representa un problema de salud pública no resuelto aún en su totalidad. La localización ginecológica es poco frecuente, pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas, sobre todo, en pacientes con infertilidad. Se presenta un caso clínico de hidatidosis pélvica primaria de origen uterino como hallazgo operatorio. Se discute el manejo y seguimiento.

PALABRAS CLAVE: *Hidatidosis intrauterina*

SUMMARY

The hydatid disease is a worldwide distribution zoonotic infection caused by a tapeworm of the genus *Echinococcus*. In Chile, it is a public health problem that hasn't been completely solved yet. It is very unlikely to be found in gynecology. Still it has to be considered within pelvic mass study, mostly between infertile patients. We now discuss a surgical finding of a pelvic primary hydatid disease of uterine origin clinical case, the management and follow-up.

KEY WORDS: *Uterine hydatid cyst*

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial producida por helmintos del género *Echinococcus*, dentro las cuales la más importante es *Echinococcus granulosus*. En Chile su notificación es obligatoria desde 1951. La incidencia global es de 2,38 por cien mil habitantes, la que aumenta hacia el sur del país a cifras tan altas como 80 por cien mil en Aysén (1,2,3). Sin embargo, los hospitales públicos registran más de 1000 egresos anuales; el 8% son rehospitalizaciones por recidivas, por con-

siguiente hay subnotificación. Su diseminación ha sido favorecida por hábitos y conductas perniciosas, que facilitan la infección de animales y del mismo hombre (4). El *Echinococcus granulosus* parasita el intestino delgado del perro, en su interior contiene huevos donde se aloja un embrión en estado larvario. Los humanos ingieren accidentalmente estos huevos, que desde el intestino delgado pasan a la circulación venosa y linfática, para luego alojarse en el hígado (70%), pulmón (20%) y otros tejidos (10%), formando quistes (5).

Se presenta un caso de hidatidosis uterina pri-

maria, localización extremadamente infrecuente, en una paciente en estudio de infertilidad. Se evalúan los métodos diagnósticos, el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Caso clínico

Paciente de 39 años de edad, multípara de 3, ciclos menstruales normales. Consulta al servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Río Ruiz el 23 de Mayo del año 2006, por infertilidad secundaria. En la ecografía ginecológica se observa a nivel retrouterino y parauterino izquierdo imagen de ecoestructura mixta de predominio quístico de 85 x 72 mm y a nivel anexial derecho imagen de ecoestructura quística sin tabiques ni increscencias de 70 x 53 mm (Figura 1). El antígeno CA-125 se encuentra dentro de valores normales y el hemograma revela eosinofilia y anemia severa. Se evalúa en el comité quirúrgico y se decide laparotomía exploradora. Al examen físico de ingreso destaca al tacto vaginal la presencia de una masa quística anexial bilateral, dolorosa. Se realiza ecografía ginecológica preoperatoria que revela aumento considerable de imagen anexial derecha que se describe de 97 x 88 x 84 mm. Se plantea como hipótesis diagnóstica tumor ovario derecho. Se efectúa laparotomía exploradora el 15 de enero de 2007 en que se describe síndrome adherencial en ambos anexos y espacio vesicouterino, útero en anteversoflexión aumentado de volumen aproximadamente 14 cm de longitud de aspecto acartonado y deformado hacia región derecha, el ovario izquierdo impresiona normal, el ovario derecho está aumentado de volumen y de consistencia quística. Se realiza histerectomía subtotal más quistectomía, al extraer el útero se vacía cavidad quística de más o menos 100 cc de líquido claro con vesículas y membranas en su interior. Se efectúa lavado de la cavidad pélvica con solución hipertónica de cloruro de sodio.

La biopsia informa al examen macroscópico como cuerpo uterino deformado y de superficie externa cianótica y equimótica, con gran cavidad cruenta gris amarillenta de 6 cm en su extremo distal, al corte se aprecia estructura nodular de 3 cm con cavidad quística abierta y vacía acompañadas de membranas de aspecto parasitario, al examen microscópico corresponden a vesículas prolíferas (Figura 2).

La paciente se da de alta con indicación de albendazol 600 mg/día y se solicita control radiológico y ecográfico en un mes. La radiografía de tórax es normal, la ecotomografía abdomino-pélvica describe una formación quística hipogástrica y la ecografía ginecológica revela una imagen econegativa de

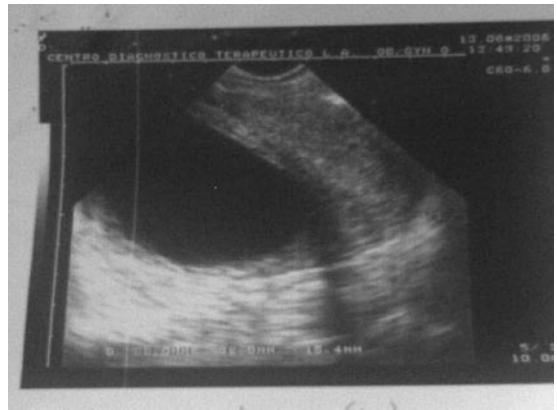


Figura 1. Se observa útero en corte longitudinal con imagen econegativa que se interpretó como anexial (parauterina) y resultó ser una cavidad endouterina del quiste hidatídico.

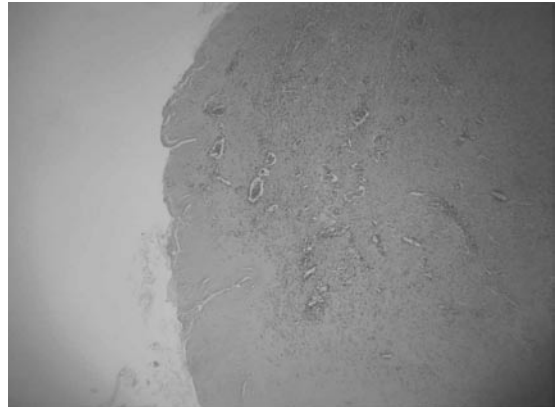


Figura 2. Aumento menor, corte de tejido miometrial altamente vascularizado e inflamado, la zona a izquierda correspondiente a adventicia del quiste con repliegues, se vislumbran las membranas desprendidas.

86 x 80 x 90 mm de 377 ml con masa flotante en su interior, que se interpreta como recidiva de quiste hidatídico pélvico (Figura 3). Revisada la literatura y dada una cirugía reciente, en que se describe gran proceso adherencial asociado a dolor pélvico invalidante, se decide realizar punción aspirativa bajo visión ultrasonográfica. Se extraen 240 ml de líquido citrino y se instilan 60 ml de suero hipertónico, logrando colapso parcial de la cavidad. Se indica ciclo de albendazol (600 mg/día) por 1 mes post punción. La reevaluación ecográfica abdomino-vaginal permite observar imagen quística residual de \pm 97 ml. La paciente evoluciona favorablemente,

con control mensual. Al tercer mes post punción la paciente está asintomática, con total colapso de la cavidad.



Figura 3. Imagen de quiste hidatídico pélvico recidivado que nace de muñón de cuello uterino.

DISCUSIÓN

La hidatidosis en Chile constituye un problema de salud pública prioritario, no abordado aún en forma integral, que genera una importante fuente de morbilidad y costos para el sistema de salud y afecta principalmente a pacientes en edad reproductiva de la vida (6). Es más frecuente en el hígado y pulmón, siendo excepcional su aparición en ovarios y útero (7,8).

El conocimiento acabado del ciclo vital del parásito lleva a optimizar el manejo de estos pacientes, evitando complicaciones potencialmente mortales (4). El estudio de esta enfermedad se inicia con la historia clínica, buscando datos epidemiológicos que nos acerquen a la etiología. El diagnóstico preoperatorio de este tipo de lesiones, por su escasa e inespecíficas manifestaciones clínicas, está dado principalmente por el estudio de imágenes (ecografía, tomografía computada y resonancia nuclear magnética) (9), que pueden ser apoyadas con exámenes inmunológicos. La presencia de eosinofilia en el hemograma es poco frecuente (10). Es necesario descartar hidatidosis en otras localizaciones, especialmente hepática y pulmonar. En nuestro caso el diagnóstico fue confirmado por laparotomía y biopsia.

Debemos reconocer que nuestro estudio estaba dirigido principalmente a la masa quística anexial derecha, que finalmente arrojó la presencia de un quiste hidatídico uterino. Es por esto fundamental, considerar la hidatidosis como diagnóstico diferencial de tumoraciones quísticas pelvianas, en especial en áreas en donde aún la enfermedad es endémica.

Se han reportado solo 3 casos de hidatidosis uterina en el mundo, de los cuales dos tienen el antecedente de hidatidosis primaria pulmonar y uno de hidatidosis hepática primaria (11,12,13). La presentación clínica encontrada en estos tres casos fue dolor pélvico, infertilidad y aumento de volumen en fosa iliaca izquierda o derecha. La ecografía ginecológica reveló en ellos la presencia de una masa quística de bordes regulares, tabicada, de distinto tamaño. En los tres casos el hemograma reveló eosinofilia y algún grado de anemia. Todos presentaron pruebas hepáticas, de coagulación y proteína C reactiva normales. El antígeno IgG Elisa para hidatidosis fue tomado en un solo caso de tres, resultando positivo. Al realizar la laparotomía exploradora, en los tres casos se hizo lavado peritoneal con solución hipertónica de cloruro de sodio.

El tratamiento puede ser quirúrgico o conservador. El tratamiento quirúrgico con resección del quiste, se ha visto que presenta mejores resultados aunque también se han reportados casos de recidiva. El conservador se indica en casos especiales ya sea por localización de difícil acceso, irreseccabilidad o contraindicación quirúrgica, pero presenta una mayor tasa de recidivas especialmente en la localización pélvica (14). El albendazol es el fármaco que más se utiliza en el tratamiento de la hidatidosis humana. Este medicamento impide que el parásito utilice la glucosa provocando disminución de la energía, y por ende, su muerte, lo que permite reabsorción de los tejidos y en el caso de siembras masivas con quistes grandes, favorece el manejo quirúrgico por cuanto disminuye considerablemente el riesgo de una nueva siembra (1).

Es posible que esta parasitosis haya incidido en la infertilidad de la paciente, por el compromiso ovárico, uterino y peritoneal. Sin embargo, se han reportado embarazos de término en pacientes con quiste hidatídico de ovario unilocular, con una incidencia de 1/20.000 embarazos (9).

Se plantea dada la resolución de éste caso, a la punción aspirativa con instilación de suero hipertónico, como una alternativa de tratamiento en casos de recidivas post quirúrgicas pélvicas y de fácil acceso por vía trans-abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera G, Venturelli F, Ramirez J, *et al*. Hidatidosis humana. Cuadernos de Cirugía (Valdivia) 2003;17:88-94.
2. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Boletín Electrónico de Vigilancia Epidemiológica N° 48. Hallado en: <http://epi.minsal.cl/evigant/numero48/BEM%2048.pdf>
3. Olea A. Zoonosis y enfermedades de transmisión vertical. El vigía 2007; 10(25). Hallado en: <http://epi.minsal.cl/evigant/Numero25/evigia/html/notific/resum/resum1.html>
4. Barroso M. Hidatidosis abdominal extrahepática, Rev Méd Cirugía Sur 1991;16:34-41.
5. Mensa J. Infecciones por cestodos. En: Farreras, Rozman (eds), Medicina Interna, Barcelona, Mosby 1995:2472-3.
6. Sapunar J. Hidatidosis. En: Parasitología clínica. Santiago, Editorial Panamericana 1999:338-54.
7. Chile. Ministerio de Salud. Anuarios de notificación obligatoria (1961-1994) Santiago. Ministerio de Salud 1962-1995.
8. Konar K., Ghosh S, Bhattacharya S, Sakar S, Bilateral ovarian hydatid disease and unusual case. Indian J Pathol Microbiol 2001;44:495-6.
9. Barrero R, León M, Barrero D, *et al*. Hidatidosis ovárica. Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70(3):170-2.
10. Ribal M, Lidid L, López B, *et al*. Hidatidosis múltiple. Parasitología al día 2000;24(1-2):46-8.
11. Basgul A, Kavak ZN, Kavak H, Gokaslan H. Hydatid cyst of uterus. Infect Dis Obstet Gynecol 2002;10:67-70.
12. Gueddana F, Chemmen Lebbene L, Lebbi I, *et al*. Intrauterine hydatidosis. A case report. J Gynecol Obstet Biol Reprod (París) 1990;19(6):725-7.
13. Okumus Y, Tallar M, Patiroglu T, Aygen E. Uterine hydatid cyst. Int J Gynaecol Obstet 1994;45 (1):51-3.
14. Saide. F. Tratamiento de los quistes hidatídicos hepáticos. En: Nylus, Baker, Fischer Ediciones. El dominio de la cirugía, Buenos Aires, Editorial Panamericana 2001:1119-36.